PLAIES DE SÉREUSES

TRAITÉES PAR LE

PANSEMENT DE LISTER

PAR

Jésus SAN-MARTIN

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS

PARIS

ALPHONSE DERENNE

Boulevard Saint-Michel, 52

1877

Sr. D. F. Troncoso

22501271049

San Martin

PLAIES DE SÉREUSES

TRAITÉES PAR LE

PANSEMENT DE LISTER

PAR

Jésus SAN-MARTIN

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS

PARIS

ALPHONSE DERENNE

Boulevard Saint-Michel, 52

1877

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. Well Dmec
Call pam
No. W0113
1877
S22p

A LA MEMORIA DE D. JUAN YGNACIO JIMENEZ

A MI HERMANO FILANDRO

QUE CON TONTA BONDAD ME SERVIDO COMO PADRE
Y COMO HERMANO

A MI MAMA

A MI HERMANA ELOYSA

A MI DEMAS FAMILIA

A MIS AMIGOS

A LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO

Á LA MEMORIA
DEL SR. D. LEOPOLDO RIO DE LA LOZA

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GUYON

A LA MÉMOIRE DE

M. LE PROFESSEUR BÉHIER

A M. JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Chirurgien des Hôpitaux

Témoignage de reconnaissance.

A MES AUTRES MAITRES DES HOPITAUX

INTRODUCTION.

Ayant eu l'occasion d'observer les bons résultats qu'obtenait avec le pansement de Lister, mon maître M. le professeur Guyon, chirurgien de l'Hôpital Necker, et sachant que son emploi est peu connu dans mon pays, je crois devoir bien faire en le vulgarisant autant que possible. Tel est le motif qui me conduit à en faire le sujet de ma thèse, sujet bien vaste qui me force à en limiter mon étude ; aussi suivant le conseil de M. Lucas-Championnière, ma thèse ne traitera que des plaies des séreuses traitées par la méthode antiseptique de Lister.

La méthode antiseptique (1) plus ou moins bien faite est assez ancienne, déjà Hippocrate en parle (vol. VI, page 129) il se servait du vin ; mais depuis les temps modernes on a employé différentes substances que l'on emploie encore aujourd'hui avec de bons résultats, mais qui sont loin de donner d'aussi bons résultats que la méthode beaucoup plus complète de M. Lister. D'abord nous avons l'alcool (Nélaton) dont la force varie beaucoup. En général, on se sert de l'eau-de-vie camphrée marquant 18° à 20° qu'on emploie différemment suivant les chirurgiens, je n'ai pas besoin d'insister.

La poudre de plâtre et de coaltar qui agit par l'acide phénique que ce dernier contient.

1. E. Labbé. Journal de thérapeutique de Gubler, V. II, page 22. 1875.

L'acide carbonique est difficile à employer et l'on n'est pas bien sûr que ce soit un antiseptique.

Le chlore et les chlorures de soude, de potasse et de chaux, etc., ont l'inconvénient d'exciter les plaies.

Le permanganate de potasse est un bon moyen.

L'acide phénique (Runge, Lemaire) qui avait donné de bons résultats employé comme l'alcool et même l'alcool phéniqué (1). Enfin, on peut citer pour mémoire le perchlorure de fer, le sel marin, l'azotate de potasse, la glycérine, etc.

Le cautère actuel n'est pas réellement un antiseptique, il détruit les produits septiques, produit une eschare au-dessous de laquelle se forment des bourgeons charnus qui, comme on le sait, ou sont très-peu favorables à l'absorption des produits, etc., ou bien sont insensibles à l'irritation produite par les matières putréfiées comme le veut Lister. Beaucoup de caustiques agissent de la même manière.

La théorie de la méthode antiseptique de Lister peut se réduire à trois principes :

1° Que l'atmosphère contient des germes (mycrophites, etc.), capables de produire la putréfaction dans des circonstances favorables.

2° Que la putréfaction n'est pas produite par l'action chimique de l'oxygène ou d'autres gaz, mais par l'action des organismes.

3° Que la vitalité de ces organismes peut être détruite

1. L'hydrate de chloral (Accetella) en solution au 1 0/0 ou 1/2 0/0 qui est un très-bon topique antiseptique. — L'Encalyptus (eau distillée et l'alcoolé).

par plusieurs substances chimiques qu'on appelle antiseptiques.

Ces principes se déduisent des expériences de M. Pasteur, Hallier (1), Lister, Tyndall, etc., etc.

En outre, deux conditions de la plus haute importance doivent guider les chirurgiens. Les matières irritantes et l'accumulation des liquides peuvent entraîner par elles-mêmes et sans les germes, les phénomènes de suppuration. La méthode de Lister se préoccupe également de ces conditions.

Il ne faut pas oublier toutefois que ces phénomènes d'irritation ont une action moins grave que celle des germes atmosphériques, car il suffit de faire disparaître les matières irritantes ou les liquides accumulés pour ramener les phénomènes de la réparation à l'état normal. Au contraire si les germes sont intervenus, l'action est infiniment plus grave et la réparation ne pourra plus s'accomplir sans de grandes difficultés dans les conditions de la chirurgie antiseptique.

1° La suppuration n'est pas un phénomène nécessaire. c'est un accident.

2° Les phénomènes de la réparation sont contrariés par une série de circonstances extérieures, et c'est en vertu de ces influences que se produisent les phénomènes de suppuration abondante qui accompagne la réparation des plaies.

3° L'action de ces circonstances extérieures peut entraî-

1. Des ferments et des fermentations morbides, par le Dr Ch. Lasègue, *Arch. gén. de méd.* v. 15, 1870, page 332.

ner en outre des complications graves au milieu des phénomènes de réparation.

4° La méthode de Lister prétend d'une part simplifier les phénomènes de la réparation, de telle sorte que l'état de suppuration disparaisse ; en outre, elle préviendra l'invasion des complications graves des plaies en général et pour les plaies de la peau, des muscles, des os en particulier elle offre déjà de grands avantages car elle prévient le développement de la suppuration. Il en résulte d'abord que le blessé guérira plus vite, souffrira moins et sera par là même moins exposé aux conséquences de la suppuration.

Cependant, les blessés soignés par d'autres procédés tout en guérissant plus lentement, peuvent guérir encore d'une façon satisfaisante.

Mais quand il s'agit d'une séreuse, l'absence de suppuration devient un phénomène capital. Ouvrez le péritoine, la tunique vaginale, les grandes articulations, la condition expresse d'une guérison heureuse sera qu'il ne se produise dans l'intérieur de ces cavités aucun phénomène inflammatoire assez violent pour entraîner la suppuration. En effet, bien que la chirurgie moderne agisse avec une certaine hardiesse à l'égard de séreuses, il n'est pas moins vrai que toutes les fois que nous venons à les intéresser nous cherchons d'une part à les irriter le moins possible, d'autre part à les refermer le plus rapidement pour les soustraire au contact de l'air. En effet, si nous n'avons pas eu la chance de débarrasser les cavités séreuses de toute substance irritante (matières putréfiables et autres), ou si nous n'avons pas réussi à provoquer la fermeture suffisamment rapide de ces cavités, l'inflammation suppurative entraîne avec elle des

complications souvent fatales et toujours de la plus haute gravité.

6° Aussi démontrons qu'il est possible d'ouvrir une séreuse, d'y pratiquer des manœuvres opératoires souvent très-irritantes, de les débarrasser des matières qu'elles contiennent, de les laisser ensuite en libre communication avec l'atmosphère de façon à permettre l'évacuation complète des liquides ou des matières quelconques qui se formeront, démontrons que nous pouvons, malgré toutes ces conditions, prévenir à coup sûr l'inflammation suppurative et nous aurons prouvé qu'un progrès immense a été fait dans la chirurgie des séreuses.

Celui des corps qui détruit le mieux les germes c'est l'acide phénique, mais il est irritant pour les tissus ; il faut l'employer à des doses faibles et d'une manière continue et pour remplir ce double rôle on fait des préparations particulières que nous allons décrire sommairement en renvoyant pour plus de renseignements au livre de M. Lucas-Championnière (1), Holmes (2), Lister (3).

Solution aqueuse forte :

Eau	1000 gr.
Acide phénique cristallisé.	50 gr.

Pour laver la partie où on opère, instruments, éponges, plaies superficielles exposées.

1. Lucas-Championnière chirurgien des hôpitaux. Chirurgie antiseptique, principes, modes d'application et résultats du pansement de Lister.
2. Holme, A System, of surgery, vol. V. page 617.
3. The Lancet vol. I, 1875 page 365 etc. 1875.

Solution aqueuse faible :

Eau	1000 gr.
Acide phénique cristallisé	25 gr.

Pour se laver les mains, pulvérisation.

Solution alcoolique :

Alcool	100 gr.
Acide phénique cristallisé	20 gr.

Pour injecter dans la profondeur du foyer d'une fracture compliquée, exposée à l'air depuis quelque temps.

Huile antiseptique.

Huile d'olive n° 1	100 gr.
Acide phénique crist.	5 gr.

Pour les cathéters, spéculums, etc.

Huile d'olive n° 2	100 gr.
Acide phénique crist.	10 gr.

Employé comme topique etc.

Gaze antiseptique (1), le protectif, la soie phéniquée et le mackintosh préparés d'une manière particulière et sur laquelle nous ne croyons pas devoir insister.

1. Qu'on trouve ainsi que le protectif mackintosh à Paris chez Desnoix, rue vieille du Temple 17, et à Édinburgh chez Young.

Solution de chlorure de zinc.

Clorure de zinc.	8, 30 gr.
Eau dist.	100

On l'emploie dans les fistules, dans les orifices et dans tous les cas où on ne peut pas employer le pansement, car elle produit une eschare mince superficielle.

Cat gut.

Acide phénique cristallisé.	20
Eau dist.	2
Huile d'olive	100

Mettre l'eau avec les cristaux, puis l'huile, après quelques cailloux pour empêcher les cordes de toucher l'acide, et après les cordes qu'il faut laisser séjourner cinq à six mois pour qu'elles soient solides.

Le cat gut est employé pour les ligatures, sutures, etc.

Les éponges, tubes à drainage sont gardés dans une solution forte.

PRÉPARATION D'ACIDE BORIQUE.

Solution saturée à froid (4°/₀). Le *lint* est un linge mouillé dans une solution saturée à chaud, séchée et qu'on mouille dans une solution d'acide borique à froid avant de s'en servir. On l'applique sur la plaie et par dessus le protectif.

On emploie les préparations d'acide borique dans les plaies sensibles, les ulcères, etc.

Onguent borique.

Acide borique lavé.	1
Cire blanche	1
Parafine	2
Huile d'amandes	2

On l'applique au voisinage des orifices, à la face, etc.

L'acide salicylique (solution etc.) ne semble pas présenter un grand avantage sur l'acide phénique.

Le sulfite de soude recommandé par M. Minich (1) mérite une sérieuse attention. Du reste la méthode antiseptique doit se perfectionner de jour en jour et il faut avoir soin de profiter de toutes les ressources, dans les difficultés de la pratique.

Après avoir plongé les instruments, les éponges et tous les objets qui doivent être mis en contact avec la plaie dans la solution *forte,* nettoyez le champ opératoire avec la même solution. On se lave les mains dans la solution *faible,* et pour maintenir une atmosphère pure on pulvérise la solution faible par un appareil analogue à celui de Richardson ; mais comme en général il est insuffisant M. Lister en a fait construire un à vapeur qui est très-cher, et je crois qu'on doit préférer celui de M. Lucas-Championnière qui est beaucoup moins cher et remplit bien le

1. Ch. Minich. — *Cura antisettica delle ferite e proposita de un nuevo-methodo.* — Venise 1876.

but. En effet, il envoie un jet large et il est peu fatigant pour l'aide car on le fait marcher avec les pieds.

Pendant l'opération on entretient la pulvérisation ; on fait les ligatures avec le cat gut et quand l'opération sera finie on lave la plaie avec la solution forte, on met les tubes de Chassaignac. Ensuite le protectif ; après l'avoir nettoyé avec la solution forte, on l'applique pour éviter l'irritation produite par l'acide phénique de la gaze. Par dessus quelques morceaux de gaze mouillée dans la solution faible, et si on craint un écoulement trop fort de liquide on applique des éponges. Après on place huit feuilles de gaze qui doivent dépasser de beaucoup la plaie et entre les deux dernières on met une feuille de mackintosh de la même grandeur que celle de la gaze. Le mackintosh est l'étoffe imperméable qui a pour but de conserver l'atmosphère phéniquée et d'empêcher les liquides de traverser tout de suite le pansement. Enfin on met les bandes; celles de gaze sont préférables. M. Lister depuis peu de temps applique une bande en caoutchouc, seulement aux extrémités du pansement, afin que l'air ne filtre pas entre le pansement et le membre.

On change le pansement tout entier ou seulement les parties superficielles, suivant l'écoulement, suivant qu'il y a de la douleur, de l'odeur ou une élévation de la température ; car il est très-commun d'observer cette dernière quand il y a une rétention des liquides. Il faut laver les tubes dans la solution forte à chaque pansement, les couper, car ils se remplissent facilement de matières.

TAILLE SUS-PUBIENNE (1).

C'est le cas d'un jeune homme de 14 ans entré à l'hôpital pour se faire opérer de la pierre. Le professeur Lister, après avoir discuté le cas clinique se décida pour la méthode sus-pubienne. « Un des inconvénients, dit-il, que présente cette méthode c'est le risque qu'on court d'intéresser le péritoine. Mais cet accident, si justement redouté lorsqu'on doit soigner la plaie d'après l'ancien système, n'a pas une grande importance dans les opérations traitées antiseptiquement. J'ai soumis l'urine aux diverses épreuves (physique, chimique et microscopique) et je suis sûr qu'elle est exempte de toute putréfaction et comme jamais, dans mon service, on ne sonde un malade qu'après avoir préalablement plongé la sonde dans une huile antiseptique, je suis sûr qu'elle est encore physiologique au moment où je vous parle. »

L'enfant fut couché sur le dos et chloroformé ; une éponge imbibée de la solution forte fut passée sur toute la région hypogastriqne et pubienne pour la purifier des bactéries et vibrions qui auraient pu y adhérer. Les instruments avant d'être employés furent plongés dans la même lotion ainsi que les mains des aides.

Le pulvérisateur, en fonction dans les mains d'un aide, enveloppe la région hypogastrique d'un nuage de solution phéniquée faible ; une incision longitudinale de cinq travers de doigt, suivant la ligne blanche est faite immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne. Les artérioles furent

1. Zayas Bazan, thèse 1873.

liées avant que l'incision pénétrât dans la cavité abdominale avec des ligatures fines de catgut.

M. Lister incise alors de façon à pénétrer dans l'abdomen; mais contrairement à ce qu'il avait cru en injectant dans la vessie une solution faible, le péritoine descendait jusqu'à la symphyse pubienne; il fut donc coupé et immédiatement le grand épiploon fit hernie à travers la plaie. Le professeur Lister ne se troubla pas, l'expérience lui ayant déjà démontré que de pareils accidents traités antiseptiquement n'avaient aucune importance. Il réduisit l'épiploon et réunit la plaie avec le catgut. Il saisit ensuite la vessie avec des pinces à griffes et pratiqua ensuite une incision longitudinale d'environ deux travers de doigt sur les parois de ce réservoir. A travers la plaie, il introduisit l'index de la main gauche, tandis qu'il maniait avec la main droite les pinces avec lesquelles la pierre fut extraite.

C'était un beau calcul muriforme à la surface duquel s'observait un riche dépôt de cristaux pointus, ce qui expliquait la souffrance atroce du petit patient.

La vessie fut ensuite cousue avec le catgut.

Il faut que je rappelle en passant que tout ce travail avait lieu sous le nuage d'acide phénique que maintient le pulvérisateur.

Plusieurs points de suture furent ensuite pratiqués sur la plaie des téguments, en ayant soin de fermer l'incision le plus exactement possible du côté des parties génitales de façon à empêcher l'écoulement de se faire par cette extrémité de la plaie et on facilita au moyen d'un drainage l'écoulement des liquides par l'autre extrémité. C'est qu'en effet on voulait seulement éviter que le liquide écoulé

touchât le pénis, celui-ci étant une source de putréfaction.

Pour le pansement on augmenta les premiers deux ou trois jours, l'épaisseur de la gaze à laquelle on faisait avec les ciseaux une ouverture centrale pour mettre le pénis en dehors des pièces de pansement ; ensuite au moyen de bandes de la même étoffe fixées avec des épingles anglaises on serrait le tout.

Le malade ne présenta le jour après l'opération qu'un léger mouvement fébrile et de l'inappétence ; mais le troisième jour tout revint à l'état normal ainsi que l'appétit. En quelques jours la plaie devint superficielle et le malade guérit sans avoir présenté le plus faible indice des accidents qui, avec un autre traitement, se seraient, selon toute probabilité, déclarés.

CURE RADICALE DE HERNIES.

Hernie épiploïque irréductible, opération, guérison (1).

Avec la chirurgie antiseptique, l'ouverture des grandes cavités séreuses se faisant impunément, la cure radicale de la hernie doit certainement être reprise avec succès, au moins pour une certaine catégorie de cas. Voici en effet l'observation suivante :

Une femme de 43 ans portait dans l'aîne gauche une hernie volumineuse qui l'empêchait de vaquer à ses occupations de domestique. Cette hernie existait depuis quatre ans et n'avait jamais été réduite.

1. *Journal de Médecine et de chirurgie pratiques*. 1876, p. 548.

Elle mesurait quinze centimètres de hauteur sur dix de large. Pour le contenu le diagnostic était douteux.

Une ponction donna issue à trois cent trente grammes de liquide, puis on sentit des masses dures et irréductibles. Une incision faite sur la tumeur permit de constater qu'il s'agissait bien d'une hernie crurale ; elle fut ouverte ; on y trouva des masses épiploïques adhérentes entre elles. Il n'y avait pas d'anses intestinales, mais la communication existait bien car on attira au dehors le nouvel épiploon.

L'épiploon fut lié par petites portions avec de la corde à boyau préparée à l'acide chromique. Quinze ligatures furent appliquées. Au-dessous, la masse épiploïque fut coupée. Le sac fut alors réséqué et ses parois suturées avec la même corde à boyau par dessus les précédentes ligatures ; on plaça deux tubes à drainage et la plaie fut suturée avec la corde à boyau.

L'opération fut faite avec toutes les précautions de la chirurgie antiseptique ; il n'y eut aucun accident, le pouls ne battit pas plus de quatre-vingts pulsations et le lendemain de l'opération seulement la température monta à trente-huit. Trois jours après le pouls était redescendu à la normale. Le vingt et unième jour la cicatrice était solide. La malade alla dans une maison de convalescence. Elle est opérée aujourd'hui depuis plus de quatre mois ; la guérison s'est bien maintenue ; elle porte par précaution un bandage très-léger et vaque à toutes ses occupations.

M. Chiene fait remarquer que le traitement antiseptique permet de faire aujourd'hui pour les hernies irréductibles ce qui était dangereux autrefois. Et même si un opérateur ne pouvait réussir au détachement d'un intestin adhérent, il n'y aurait pas d'inconvénient à découvrir antiseptiquement les parties pour déterminer l'opportunité opératoire.

Dans une communication particulière qu'il a bien voulu nous faire, M. Chiene nous apprend qu'il a eu l'occasion d'opérer depuis une hernie chez un homme dans des con-

ditions très-analogues ; il a encore fait la résection de l'épiploon, l'excision, puis la suture des parois du sac et il a obtenu le même résultat, une guérison parfaite.

Ouverture de l'articulation du genou

Le malade âgé de 12 ans a eu l'articulation du genou ouverte à la suite d'un traumatisme.

M. Lister a débridé, nettoyé très-bien l'articulation, mis des tubes à drainage et on applique le pansement de Lister. Le jour suivant, 2 mai, on trouve un grand épanchement qui traverse le bandage ; on le change ; le malade vomit environ à 9 heures du soir, mais il est bien, pas de douleur ; la température 37°5.

3 *mai*. — Il dort bien, pas de douleurs; temp. le matin 38° le soir 38°.

4. — Le bandage superficiel est changé; le malade mange bien. Temp. le matin 37°6, le soir 37°4.

5. — Temp. 37°4, le soir 37°6.

6. — On change le bandage superficiel, on panse à l'acide salicylique. Temp. le matin 38°, le soir 39°1.

7. — Épanchement à travers le bandage. M. Lister change tout le pansement augmentation du pouls et temp. le matin 39°, le soir 39°1, on trouve un caillot sous le protective, il occupait tous les interstices; le bandage profond est fait avec l'acide salicylique.

8. — On change le bandage superficiel. Temp. le matin 38°, le soir 38°3.

9. — Rien. Temp. normale. — 10 id. — 11 on ne change plus le pansement; le 12 le malade va très-bien.

Hernie crurale gauche — kélotomie

La nommée B... E. âgée de 47 ans, profession: journalière. Entrée le 5 juin, dans le service de M. le professeur Guyon.

Je dois cette observation à l'obligeance de M. Pauffert interne des hôpitaux.

Cette malade qui n'a aucun antécédent personnel ni héréditaire s'est aperçue en 1869 qu'elle portait dans l'aîne gauche une petite tumeur de la grosseur d'une noix, absolument indolente ; cette tumeur n'était pas survenue tout d'un coup à la suite d'un effort, elle s'était développée peu à peu et ce n'est que par hasard que la malade l'a remarquée. Pendant plusieurs années les dimensions de la tumeur sont restées à peu près les mêmes ; la fatigue, la marche, les efforts ne semblaient pas influer sur son volume. Seules les secousses de la toux provoquaient parfois quelques douleurs. Avant comme après l'apparition de le hernie, la constipation était habituelle : la malade restait parfois 5 ou 6 jours sans aller à la selle.

Il y a trois mois environ la constipation diminua beaucoup en même temps que le volume de la tumeur augmentait sensiblement et progressivement. Trois ou quatre fois, des douleurs assez violentes s'étaient fait sentir dans le ventre ; il suffisait à la malade de se reposer pour les voir disparaître dans quelques minutes.

La malade n'a jamais porté de bandage et n'a jamais essayé de faire rentrer sa hernie.

Dimanche dernier (3 juin) après s'être beaucoup fatiguée dans la journée à monter des escaliers, la malade à la suite d'un accès de rire assez prolongé fut prise presque subitement de douleurs épouvantables dans tout l'abdomen ; la tumeur était manifestement le point de départ de ces douleurs.

A ce moment la tumeur était grosse au moins comme le poing tandis que le matin, elle avait un volume beaucoup moindre.

La malade fut transportée chez elle, où le lendemain matin un médecin pratiqua le taxis infructueusement. Un autre le lendemain ne fut pas plus heureux ; il fit mettre la malade dans un grand bain ce qui la soulagea beaucoup mais momentanément seulement, car aussitôt après les douleurs reprirent aussi atroces que précedemment, ce n'est que le mardi vers 2 ou 3 heures de l'après-midi que la malade se décida à se laisser amener à l'hôpital, 40 heures par conséquent après les premiers phénomènes d'étranglement.

5 *juin*. — La malade est assez abattue, elle se plaint de coliques

abdominales très-vives, elle n'a pas encore eu de vomissements ; la peau est moite, le pouls quoique régulier est petit, fréquent.

Dans le pli de l'aîne gauche on trouve une tumeur du volume du poing, dure, douloureuse au toucher, à son niveau la peau est chaude enflammée, rouge.... au premier abord il semble que l'on a affaire à une hernie inguinale interstitielle, mais un examen attentif montre que c'est une hernie crurale.

La malade dont l'état général est très-grave : vomissements répétés, pouls petit, anxiété respiratoire, refroidissement général, se plaint de douleurs vives. La tumeur a subi des tentatives de taxis violentes car elle est recouverte d'ecchymoses, tumeur volumineuse remontant au-devant de la paroi abdominale antérieure gauche au point qu'au premier abord on croirait à une hernie inguinale.

Chloroforme. — Opération faite par M. Lucas-Championnière. Panicule graisseux énorme. Sac difficile à reconnaître, masse épiploïque considérable adhérente par toute sa partie antérieure et pleine de liquide. On trouve au milieu une petite anse de couleur très-foncée, on débride et on a de la peine à réduire.

On excise ensuite la masse épiploïque énorme en divisant sa base en cinq ou six pédicules qu'on lie avec du catgut.

On laisse alors les bouts de l'épiploon au niveau de l'anneau sans les fixer.

On dissèque le sac et l'excise avec soin. On applique des points de suture, dont le supérieur profond comprend l'anneau. On met deux tubes à drainage accollés. Pansement complet de Lister. Lorsqu'on a opéré cette hernie l'anse et l'épiploon et tout l'intérieur de la plaie ont été lavés avec la solution forte ; toutes ces parties avaient une couleur chocolat clair très prononcée et du liquide phéniqué a été certainement entraîné avec l'anse réduite.

Pendant l'opération la malade a vomi un litre de matières verdâtres.

Glace. Opium 0,10 cent. à prendre dans la nuit.

6 *juin.* — Pansement. Bon état. Dans l'après-midi vomissement porracé. La malade a rendu quelques vents. Ventre peu douloureux et pas ballonné.

Injection sous-cutanée de morphine.

7. — Pansement, section des sutures. Bon état.

8. — Pansement, lavage des drains, quelques vomissements dans la journée.

9. — Encore des vomissements porracés. Scamonnée 0 gr. 50; le soir il n'y a pas encore eu de selles, mais il y a eu encore des vomissements. Lavement miel de mercuriale.

10. — Pas de selles. Vomissements verdâtres. Huile de ricin 50 gr. en deux fois. Pansement. Bon aspect de la plaie.

Plusieurs selles dans la journée, la nuit.

12. — Depuis la veille la malade n'a plus eu de vomissements. Pansement, magnésie calcinée.

15. — L'état de la malade est toujours excellent. Elle est allée d'elle-même à la selle.

Cette malade a bien guéri et l'écoulement par sa plaie a été très-modéré. Il n'a jamais été purulent, à proprement parler.

Le recollement de cette immense plaie s'est fait immédiatement. On n'a eu réellement quelques gouttes de pus à la fin du traitement que lorsque le pansement de Lister a été abandonné, pour mettre un pansement ouaté-glycériné. A ce moment la plaie n'avait plus aucune importance ; mais cette transformation de la sécrétion n'a été pas moins remarquable.

Cette observation m'a été transmise par M. Monot, interne chez M. Panas à Lariboisière.

Hernie étranglée inguinale droite.

Le malade avait depuis l'âge de 18 ans, une hernie qui s'est produite à la suite d'un effort.

Il a porté un bandage pendant 2 ans, après quoi il l'a laissé. La hernie augmenta lorsque avant l'accident, il fut pris de coliques. Le 11 du mois de juin il a ressenti des douleurs (coliques), la tumeur a gonflé et est devenue rouge ; il était constipé la nuit du onze, il a commencé à vomir de la bile, et le 12 il a eu la fièvre et a vomi des matières fécaloïdes; hoquet, pas de sommeil.

Dans la nuit du 13 au 14 juin. État général très-grave, facies très-altéré, les accidents datent d'environ 48 heures. La tumeur est volumineuse tendue, très-douloureuse. Bien qu'il n'eût pas subi des tentatives de taxis considérables, vu la gravité de l'état général, M. Lucas-Championnière a décidé l'opération immédiatement.

Chloroforme. Méthode antiseptique. Grande incision, vaisseaux saignant abondamment. On ouvre le sac constitué décidément par la tunique vaginale. Écoulement de liquide abondant rougeâtre. Il s'agit d'une entérocèle pure, l'anse est très-distendue par les gaz et de couleur foncée. Le collet du sac est tellement serré qu'on a quelque peine à faire le débridement, on le répète en plusieurs points.

On attire au dehors pour l'examiner l'anse qui est le siége d'un rétrécissement assez considérable et on lave avec la solution forte (1/20) l'anse, le sac et toutes les parties voisines ce qui les rend gris chocolat, on réduit l'anse avec quelque peine, puis on fait la suture de toute l'incision, cinq ou six points dont un profond à la partie supérieure, au voisinage du collet.

On prolonge l'incision un peu en bas, de façon à arriver presqu'au niveau du testicule mis à découvert.

On laisse au-dessus des sutures un orifice étroit dans lequel sont placés deux tubes à drainage debout. Pansement de Lister complet.

Le pansement est enlevé tous les jours pendant quelque temps. Dès le surlendemain la cavité très-grande de la tunique vaginale était fort diminuée. Les tubes ont été nettoyés et raccourcis, l'écoulement était peu abondant et non purulent. En peu de jours le trajet des tubes était insignifiant.

Ce malade n'a présenté d'accidents sérieux qu'au bout de quelques jours, entérite, diarrhée persistante parce qu'il avait mangé prématurément ; il a guéri par le régime lacté.

Hernie crurale étranglée datant de quatre jours.

S. C... 46 ans, entre le 25 juin dans le service de M. Panas.

Opération le 25, facile, hernie peu volumineuse de la grosseur d'un marron, ne contient pas d'épiploon.

L'anse herniée, de couleur lie de vin, paraît parfaitement saine, le sac renferme quelques gouttes d'un liquide citrin. Opération faite avec le pansement de Lister, deux sutures profondes.

27 *juin.* — Deux jours après l'opération, la malade est prise de diarrhée qui dure jusqu'au 29 (30 selles dans la journée) : celle-ci disparaît lorsqu'on règle son alimentation, et qu'on ne lui donne que du lait.

29. — Deuxième pansement. La plaie est réunie dans toute son étendue, sauf dans les points qui donnent passage au drain ; on les enlève peu à peu.

11 *juillet.* — Elle est complétement guérie.

Les deux observations d'hydrocèle que je vais citer ont été empruntées au mémoire de Volkmann (1).

Observation IV.

J... âgé de 52 ans, ancienne hydrocèle à droite ; les parois fortement fibreuses, ayant près d'un centimètre d'épaisseur avec des adhérences multiples, entre la tunique vaginale et le testicule. Le scrotum lui-même est presque tout enflammé. Le malade porte de plus une hernie dans l'aîne gauche. Opération, incision avec le pansement antiseptique le 17 avril 1875. La fièvre a duré deux jours et la température dépasse un peu 40°. Depuis point de fièvre. Le premier changement du pansement a lieu le sixième jour. Il a quitté l'hôpital *le dixième jour* avec une petite fistule.

1. *Der Hydrocelenschnitt bei antiseptischer Nachbehandlung. Von Richard Volkmann. — Berliner Klinische, wochenschrift,* 17 *junuar* 1876.

Observation XIV.

B... trésorier, âgé de 59 ans est atteint d'une hydrocèle considérable à gauche. Le 5 novembre 1875, on fait une incision et on applique le pansement antiseptique. Pas de fièvre, et pansement de Lister le malade s'est levé le septième jour, il est sorti *le douzième jour* avec une petite plaie en bon état.

Comme on peut le voir cet ensemble d'observations confirme ce que nous avons dit au commencement, à savoir que les plaies des séreuses ne suppurent pas, que l'inflammation est légère malgré l'irritation causée par l'acide phénique, que la réunion se fait plus vite et que par conséquent on évite tous les plus grands dangers avec le pansement de Lister. Quant à l'érysipèle, et il faut faire une étude de toutes les plaies pour prouver qu'il ne se montre pas, je renvoie à la bibliographie. Si dans mon mémoire j'ai tant insisté sur la hernie c'est parce que le péritoine est une séreuse des plus dangereuses à toucher et par là même montre bien la bonté du pansement. Si on l'applique sur des petites séreuses il est clair que tous les phénomènes seront les mêmes avec beaucoup moins d'intensité.

BIBLIOGRAPHIE

E. Labbé, Journal de thérapeutique de Gubler, VII, page 22, 1875

Ch. Lasègue, Des ferments et des fermentations morbides, Arch. gén. de médecine, v. 15, 1870, page 332.

Lucas - Championnière, Chirurgie antiseptique, principes, modes d'application et résultats du pansement de Lister.

Holmes, A system of Surgery, vol. V, page 617.

The Lancet, vol. I, 1875, page 365, etc.

Ch. Minich, Cura antiseptica delle ferite e proposita de un nuovo methodo. Venise, 1876.

Zayas Bazan, thèse 1873.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1876, page 548.

Der Hydrocelenschnitt bei antisepticher Nachbehanlung, Von Richard Volkmann, Berliner Klimsche Wochensckarift, 17, Jannar, 1876, nº 3.

Imp. A. DERENNE, Mayenne. — Paris, boulevard Saint-Michel, 52.

IMPRIMERIE A. DERENNE, MAYENNE. — PARIS, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 52.